

Лечебная тактика при инвагинации кишечника у детей в поздние сроки госпитализации

Беляев М.К., Федоров К.К.

Therapeutic approach to children's intussusception at late hospitalization

Belyaev M.K., Fyodorov K.K.

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей, г. Новокузнецк

© Беляев М.К., Федоров К.К.

Цель настоящего исследования — определить, является ли консервативная дезинвагинация безопасной и эффективной при продолжительном периоде инвагинации у детей.

В клинике хирургии детского возраста Новокузнецкого ГИДУВа в период с 1976 по 2001 г. наблюдалось 368 детей с инвагинацией кишечника в возрасте от 1 мес до 13 лет, из них мальчиков — 248 (67,4%), девочек — 120 (32,6%). Больных в возрасте до одного года наблюдалось 185 (50,3%), старше одного года — 183 (49,7%). В сроки до 12 ч с момента заболевания поступило 214 (58,2%) больных, от 12 до 24 ч — 71 (19,3%), от 24 до 48 ч — 48 (13%) и в сроки более 48 ч — 35 (9,5%) пациентов.

В нашей клинике метод консервативного лечения инвагинации кишечника считается основным и применяется независимо от формы внедрения, возраста больных, сроков поступления с момента возникновения заболевания или ее рецидива при отсутствии осложнений со стороны органов брюшной полости (перитонита). Бескровное лечение оказалось эффективным в 1-й стадии — в 93,2% случаев, во 2-й стадии — в 93%, в 3-й стадии — в 86,4%, в 4-й стадии — в 91,7% случаев.

Таким образом, наши данные убедительно свидетельствуют не только о возможности применения бескровного метода лечения инвагинации кишечника у детей при поздних сроках госпитализации (более 24 ч), но и о его безопасности и высокой эффективности, составляющей 88,3%.

Ключевые слова: инвагинация кишечника, дети, консервативное лечение.

The goal of the investigation was to define whether conservative disinvagination would be safe and effective for long children's intussusception.

368 children of 1 month to 13 years old age with intussusception have been treated in Novokuznetsk' pediatric surgery clinic for a period from 1976 up to 2001. The number of boys was 248 (67,4%) and girls — 120 (32,6%) respectively. Patients of the age up to 1 year old were 185 (50,3%), older than 1 year — 183 (49,7%). 214 patients (58,2%) were hospitalized during the first 12 hours from the disease began, 71 patients (19,3%) — during 12—24 hours, 48 patients (13%) — during 24—48 hours, 35 patients (9,5%) — after 48 hours.

In our clinic the method of conservative intussusception therapy is considered to be the priority and its application, if there are no any abdominal cavity complications (peritonitis), does not depend on introducing form, patients' age, time period of hospitalization following the disease or recurrence beginning. The bloodless therapy has been found to be effective: the 1th stage — 93,2%, the 2nd stage — 93%, the 3d stage — 86,4% and the 4th stage — 91,7%.

Thus, our facts earnestly prove both the potential of bloodless intussusception treatment method for children at late hospitalization (after 24 hours) and its safety and high efficiency (88,3%).

Key words: intussusception of bowels, children, conservative treatment.

УДК 616.9-053.2

Введение

Вопросы выбора тактики лечения инвагинации кишечника до сих пор продолжают оставаться

ся актуальной проблемой детской хирургии. В настоящее время не вызывает сомнений преимущество консервативного метода лечения кишечного внедрения у детей. Однако многие вопросы бескровного способа лечения решаются авторами по-разному. Наиболее сложным остается вопрос о показаниях к применению консервативного метода лечения. Прежде всего, дискуссионным является положение о критическом сроке, при котором данный вид терапии противопоказан. Именно по этому вопросу имеется большинство разногласий.

Многочисленными исследованиями доказано, что скорость развития изменений в стенке кишечника при инвагинации зависит от ее вида и длительности. Чем больше времени прошло от начала заболевания, тем больше риск перфорации при повышении давления в толстой кишке, поэтому консервативная дезинвагинация считается безопасной при давности заболевания от 12 до 24 ч и локализации головки инвагината в толстой кишке [1, 4, 12].

Наиболее актуальной проблемой является выбор рациональной лечебной тактики у детей со сроком заболевания более 24 ч, поскольку для большинства хирургов такие сроки являются показанием к проведению хирургической дезинвагинации [8, 10, 13].

По мнению некоторых авторов, консервативное лечение в поздние сроки допустимо только при достоверно распознанной, с благоприятным течением толстокишечной инвагинации [7], при отсутствии осложнений у детей со слепоободочной и толсто-толстокишечной формами внедрения [5]. В то же время при подвздошно-ободочной инвагинации, сопровождающейся ущемлением илеоцекального клапана, расправления инвагината не наступает даже в ранние сроки госпитализации [3, 6, 14].

Неправильно выбранная лечебная тактика у больных при поздней госпитализации влечет, как правило, появление различных послеоперационных осложнений. В свою очередь, литературные данные свидетельствуют о том, что при ранней диагностике и поступлении больных со сроком заболевания до 24 ч летальность может равняться

ся нулю и резко возрастать при позднем поступлении, достигая более 30% [9, 11].

Цель настоящего исследования — определить, является ли консервативная дезинвагинация безопасной и эффективной при продолжительном периоде инвагинации у детей.

Материал и методы

В клинике хирургии детского возраста Новокузнецкого ГИДУВа с 1976 по 2001 г. наблюдалось 368 детей с инвагинацией кишечника в возрасте от 1 мес до 13 лет, из них мальчиков — 248 (67,4%), девочек — 120 (32,6%). Больных в возрасте до одного года наблюдалось 185 (50,3%), старше одного года — 183 (49,7%).

В сроки до 12 ч с момента возникновения заболевания поступило 214 (58,2%) больных, от 12 до 24 ч — 71 (19,3%), от 24 до 48 ч — 48 (13%) и в сроки более 48 ч — 35 (9,5%) пациентов.

Ведущую роль в диагностике инвагинации кишечника занимает правильная оценка развития клинических симптомов в динамике при различных ее видах. Изучение клинико-рентгенологических симптомов у 368 больных позволило нам выделить следующие формы инвагинаций. Подвздошно-ободочная форма, которая предопределяет внедрение подвздошной кишки в подвздошную, а затем через баугиниеву заслонку в слепую и дистальнее, отмечена у 299 (81,2%) пациентов. Слепоободочная форма, когда головкой инвагината является дно слепой кишки, встретилась у 53 (14,4%) больных. Толсто-толстокишечная инвагинация предопределяет внедрение толстой кишки в толстую в различных ее отделах и выявлена у 7 (2%) детей. Тонко-тонкокишечная форма, при которой участок тонкой кишки внедряется в тонкую на любом уровне, отмечена у 9 (2,4%) больных.

Типичными симптомами инвагинации являются приступообразные боли в животе, двигательное беспокойство, рвота, чаще однократная, пальпируемая «опухоль» в животе. Заболевание начинается среди полного здоровья и внезапно. Ребенок начинает кричать, резко беспокоиться, сучить ножками. Тяжесть и степень выраженности болевого синдрома зависят от возраста больного и формы инвагинации.

Патогномичный симптом инвагинации — наличие «опухоли» в брюшной полости. Достаточно убедительным и щадящим методом диагностики, по нашему мнению, является пальпация живота под наркозом или медикаментозным сном. При наличии инвагината он всегда определяется, поскольку выполненная в этих условиях пальпация дает более четкое ощущение и увеличивает достоверность исследования. Особенно информативной оказалась данная методика у 147 пациентов, у которых при исследовании в обычных условиях инвагинат не определялся, а симптомы инвагинации были выражены нечетко. Отрабатанная и проверенная практикой в клинике методика свидетельствует о том, что прибегать к данному методу исследования целесообразно и необходимо в неясных случаях, когда отсутствуют такие важные симптомы инвагинации, как выделение крови из заднего прохода и выраженное беспокойство.

Таким образом, при первичном осмотре в приемном отделении диагноз инвагинации кишечника нам удалось установить у 351 ребенка из 368, что составило 95,4%. Однако в 17 случаях (4,6%) были допущены диагностические ошибки — 9 пациентам был поставлен диагноз «острый аппендицит», а 8 — «кишечная непроходимость». Необходимо отметить, что данные ошибки приходится на 1976—1982 гг., то есть на период становления и отработки методики диагностики заболевания. В последующем подобных ошибок мы не отмечали, что можно объяснить четкой, слаженной работой хирургов, рентгенологов и анестезиологов.

Выбор лечебной тактики осуществляли на основании клинической симптоматики заболевания, лабораторных и дополнительных методов исследования в каждом конкретном случае. В нашей клинике метод консервативного лечения инвагинации кишечника считается основным и применяется независимо от формы внедрения, возраста больных, сроков поступления с момента возникновения заболевания или его рецидива при отсутствии осложнений со стороны органов брюшной полости (перитонита).

Из 351 больного, с правильно установленным диагнозом инвагинации, консервативное лечение

применялось у 344 (98%), из них в первой стадии патологического процесса — у 207 детей (60,2%), во второй — у 69 (20%), в третьей — у 44 (12,8%), в четвертой — у 24 (7%), которые не имели осложнений со стороны органов брюшной полости (перитонита). Клинически это подтверждалось отсутствием напряжения мышц передней брюшной стенки и перитонеальных симптомов.

О степени нарушения кровообращения в инвагинате свидетельствует выделение крови из прямой кишки, так как проявление данного симптома напрямую связано со степенью ущемления брыжейки и стенки инвагинированной кишки. Из 344 больных только у 73 (21,2%) при поступлении наблюдалось выделение крови из анального отверстия, что убедительно свидетельствует о невыраженности элементов странгуляции, а следовательно, в инвагинате медленно происходят трофические нарушения, и внедренный участок кишечника длительное время сохраняет свою жизнеспособность, даже при сроках заболевания более 48 ч от начала. При этом число лейкоцитов в общих анализах крови колебалось от 5 до 20 тысяч, однако сдвига в лейкоцитарной формуле влево практически не отмечалось, что также подтверждает благоприятное течение инвагинации у детей.

В то же время проявления первичного шока и тяжесть состояния диктовали нам необходимость проведения у 33 больных (9,6%) инфузионной терапии, которая была эффективна у всех пациентов, что выражалось в улучшении общего состояния и самочувствия, снижении температуры тела, восстановлении периферического кровообращения. Более того, данная терапия имела и диагностическое значение. Так, у 15 больных, у которых до назначения инфузионной терапии были выявлены сомнительные симптомы раздражения брюшины, перитонеальные знаки не определялись по окончании инфузии, что и явилось критерием для успешного применения этим пациентам бескровного расправления инвагинации аэродинамическим способом.

С учетом формы внедрения и сроков заболевания мы применяли методики расправления, которые были описаны ранее [15].

В первой стадии начальных признаков инвагинации (до 12 ч от начала заболевания) у 85,5% больных внутрикишечное давление при расправлении инвагината находилось в пределах 60—150 мм рт. ст. и только у 30 (14,5%) оно было выше 150 мм рт. ст., а длительность дезинвагинации в 90,3% наблюдений не превышала 10 мин, что свидетельствует о слабом спазме в области шейки инвагината и отсутствии отека в нем в эти сроки заболевания. Убедительным тому подтверждением явилась эффективность консервативного лечения, которая составила 93,2%. В 14 (6,8%) случаях расправить инвагинат нам не удалось.

Во второй стадии — выраженной клинической картины инвагинации (от 12 до 24 ч) — внутрикишечное давление при расправлении в 71% случаев не превышало 150 мм рт. ст., но в то же время у 29% больных оно достигало 150—200 мм рт. ст. Это можно объяснить появляющимся отеком и спазмом в области инвагината. Однако длительность манипуляции при расправлении в 78,3% случаев не превышала 10 мин, что указывает на слабо выраженные спазм и отек в инвагинированном участке кишечника. Косвенным подтверждением этому является тот факт, что в 85,5% наблюдений дезинвагинация наступила при однократном нагнетании воздуха в прямую кишку. Но наиболее убедительным доказательством отсутствия выраженного отека и спазма в области инвагината во второй стадии заболевания является эффективность консервативного лечения, которое оказалось успешным у 93% больных.

В третью стадию — начинающихся осложнений (от 24 до 48 ч) — у 63,7% больных внутрикишечное давление при расправлении находилось в пределах 60—150 мм рт. ст., а у 36,3% требовалось увеличение давления до 200 мм рт. ст. и применение мануального пособия, что указывало на прогрессирующие отек и спазм в области инвагината. По времени длительность расправления до 10 мин составила 70,4%, однако она не превышала 30 мин в 26,6% наблюдений, что указывает на более легкое продвижение цилиндров при ретроградном нагнетании воздуха, а следовательно, об отсутствии выраженной отечности в инвагинированном участке

кишечника. Подтверждением тому является наступившая дезинвагинация в 79,5% случаев при однократном введении воздуха в прямую кишку и эффективность консервативного расправления, которая составила 86,4% в третьей стадии.

В четвертую стадию — тяжелых осложнений (свыше 48 ч), когда наступают выраженный спазм и отек в инвагинате, — в 58,3% случаев внутрикишечное давление при расправлении не превышало 150 мм рт. ст., что подтверждает относительную мягкость течения инвагинации. При этом длительность расправления, которая в 83,3% наблюдений не превышала 30 мин, также свидетельствует о доброкачественном течении данной патологии. Убедительным свидетельством отсутствия выраженного отека в инвагинате является расправление его в 66,7% случаев при однократной пневмокомпрессии. В свою очередь, эффективность консервативного лечения, которое в эти сроки заболевания оказалось успешным у 91,7% детей, доказывает длительную возможность сохранения жизнеспособности инвагинированного участка кишечника, а следовательно, оправдывает тактику бескровного расправления инвагинации у детей в четвертой стадии заболевания.

Результаты и обсуждение

Детально разработанные методики дезинвагинации, применяемые в клинике, позволили нам расправить кишечное внедрение с толсто-толстокишечной формой у 7 (2,2%) больных, с подвздошно-ободочной формой — у 262 (82,6%), со слепоободочной — у 48 (15,2%) детей. В целом, из 344 больных бескровное лечение кишечного внедрения оказалось успешным у 317 (92,2%), из них у 60 пациентов расправление наступило в поздние сроки поступления — более 24 ч от начала заболевания (3-я и 4-я стадии инвагинации). В 27 случаях (7,8%) мы не смогли добиться консервативного расправления.

У большинства детей (80,5%) однократное нагнетание воздуха в прямую кишку было окончательным. Это дает основание считать, что риск

упущения предрасполагающих или вызывающих инвагинацию анатомических причин или патологических состояний при консервативном лечении не имеет большого значения. В 82,6% наблюдений выявлена подвздошно-ободочная форма внедрения, характеризующаяся наиболее жестким ущемлением. Нельзя не обратить внимание на столь высокий процент положительных результатов консервативного лечения подвздошно-ободочных форм инвагинации, что позволяет усомниться в утверждении Г.А. Баирова (1973) и других хирургов, что при подвздошно-ободочном внедрении, сопровождающемся ущемлением илеоцекального клапана, расправления инвагината не наступает даже в ранние сроки госпитализации [2]. Более того, наши показатели по лечению данной патологии подтверждают мягкость и доброкачественность течения инвагинации кишечника у детей старшего возраста, а следовательно, убеждают в правильности выбранной консервативной тактики и в этом возрасте.

Как показал наш опыт, только давность заболевания и возраст больных не могут служить показаниями к хирургическому лечению инвагинации. В свою очередь, анализ собственного материала дает основание подвергнуть сомнению положение о полном соответствии выраженности анатомо-морфологических изменений при кишечной инвагинации срокам заболевания, а отсюда следует вывод о необходимости расширения показаний к оперативному лечению. Более того, рассматривая инвагинацию как особый вид непроходимости, сочетающий в себе обтурацию и странгуляцию, подчеркнем, что клиническая картина заболевания зависит от преобладания элементов странгуляции или обтурации. Безусловно, если преобладают элементы обтурации, то болезнь протекает более доброкачественно. Если преобладают элементы странгуляции, то заболевание протекает бурно и на первый план выступают признаки шока, быстро нарастают симптомы непроходимости, появляется напряжение мышц передней брюшной стенки, что указывает на развитие перитонита. Другими словами, в клинической картине превалируют признаки тяжелых осложнений со стороны органов брюшной полости, связанные с некрозом кишки, вовлеченной в

инвагинат. Развитие осложнений, как показывают наши исследования, зависит не столько от сроков заболевания, сколько от степени ущемления инвагинированной кишки, расстройства кровообращения в ней. Следовательно, показанием к выбору метода лечения является не время, прошедшее от начала заболевания, а наличие осложнений. Этот тезис не содержит каких-либо противоречий, наоборот, подчеркивает прямо пропорциональную связь клинических проявлений с формой кишечного внедрения и развивающимися осложнениями, для которых фактор времени играет относительную, второстепенную роль.

Наши исследования показали, что тяжелое состояние больных при отсутствии осложнений со стороны органов брюшной полости не является противопоказанием к консервативной дезинвагинации. Вместе с тем тяжесть состояния диктует необходимость проведения полного комплекса противошоковых мероприятий, в том числе и инфузионной терапии, что необходимо для бескровного расправления и является одновременно предоперационной подготовкой в случае неудачи консервативной дезинвагинации.

Осложнений, связанных с введением воздуха в прямую кишку, а также летальных исходов при консервативном методе лечения мы не наблюдали.

Таким образом, наши данные убедительно свидетельствуют не только о возможности применения бескровного метода лечения инвагинации кишечника у детей в сроки до 24 ч от начала заболевания, но и о его безопасности и высокой эффективности при поздних сроках госпитализации (более 24 ч), составляющей 88,3%. А в последние 10 лет нашей работы консервативное расправление инвагинации в поздние сроки поступления оказалось эффективным в 95,5% случаев, из них в 63,6% случаев были дети с подвздошно-ободочной формой кишечного внедрения.

Выводы

1. Время, прошедшее от начала заболевания, не может служить критерием в выборе метода лечения инвагинации кишечника у детей.

2. Консервативная дезинвагинация является методом выбора при лечении кишечного внедрения.

3. Показанием к бескровному методу лечения инвагинации кишок является отсутствие осложнений со стороны органов брюшной полости (перитонита) у детей.

4. Давность, рецидив заболевания, а также тяжесть состояния больных при отсутствии осложнений со стороны органов брюшной полости не являются противопоказанием к бескровному лечению инвагинации кишечника у детей.

Литература

1. Акинфиев А.В., Зальников З.Н., Николаев Е.Н. Диагностика и лечебная тактика при кишечной инвагинации у детей // Вопросы детской хирургии и пограничных состояний. Материалы межрегиональной научно-практической конференции. Ижевск, 1998. С. 63—64.
2. Баиров Г.А. Острая инвагинация кишок // Неотложная хирургия детей. Л.: Медицина, 1973. С. 196—221.
3. Баиров Г.А. Острая инвагинация кишок // Неотложная хирургия детей. Л.: Медицина, 1983. С. 164—183.
4. Баиров Г.А. Срочная хирургия детей. М., 1997. С. 165.
5. Котляров А.Н., Имамов М.З., Ростовцев Н.М. с соавт. Выбор метода лечения инвагинации кишечника у детей в поздние сроки поступления // Достижения и перспективы детской хирургии. Материалы конференции, посвященной 80-летию со дня рождения члена-корреспондента РАМН, засл. деят. науки РФ, д.м.н., профессора Г.А. Баирова, Санкт-Петербург, 6—7 мая 2002 г. СПб.: ГПМА, 2002. С. 30—31.
6. Нейков Г.Н. Лечение инвагинации кишечника у детей // Хирургия. 1992. < 11, 12. С. 27—30.
7. Новокрещенев Л.Б., Котляров А.Н., Севостьянов Б.П. и соавт. Лечение инвагинации кишок в поздние сроки у детей // Клиническая хирургия. 1987. < 6. С. 31.
8. Олейник В.С., Шейко Н.С., Кожевникова Н.П. Лечение инвагинации кишечника у детей // Клиническая хирургия. 1989. < 6. С. 71—72.
9. Подкаменев В.В., Урусов В.А. Диагностика и лечение инвагинации кишечника у детей. Иркутск, 1986. 159 с.
10. Рокицкий М.Р., Подкаменев В.В. Лечебная тактика при позднем поступлении детей с инвагинацией кишечника // Хирургия. 1984. < 3. С. 60—63.
11. Рокицкий М.Р. Ошибки и опасности в хирургии детского возраста. Л.: Медицина, 1986. 278 с.
12. Ситковский Н.Б. Актуальные вопросы диагностики и лечения инвагинации кишок у детей // Клиническая хирургия. 1981. < 6. С. 12—16.
13. Чепурной Г.И., Кураев Е.Г., Розин Б.Г. Дезинвагинация кишечника у детей // Хирургия. 1996. < 4. С. 9—11.
14. Христич А.Д., Портной В.М. Лечение инвагинации кишечника у детей // Материалы 14-го съезда хирургов СССР. Донецк, 1981. С. 235—237.
15. Юдин Я.Б., Прокопенко Ю.Д., Яковлев Е.А. с соавт. О расширении показаний к консервативному лечению инвагинации у детей. Методические рекомендации для врачей-курсантов. Новокузнецк, 1986. 25 с.

Поступила в редакцию 17.03. 2003 г.